ภาคผนวก ข.

แบบการยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อการชดเชย
กรณีผู้ให้บริการได้รับความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

ชื่อหน่วยรับคำร้อง .....

วันที่ยื่นคำร้อง .....

๑. รายละเอียดของผู้ให้บริการ

๑.๑ ชื่อ – สกุล .....

๑.๒ ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ (ระบุชื่อ).....

.....

๑.๓ ตำแหน่ง.....

ลักษณะงานที่รับผิดชอบ(ระบุงานในหน้าที่ที่รับผิดชอบ).....

.....

.....

๑.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

๒. รายละเอียดเกี่ยวกับการความเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข

๒.๑ ชื่อ- สกุล ผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความเสียหาย.....

.....

๒.๒ สิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพของผู้รับบริการ (มีสิทธิบัตรทอง) ☐ มี ☐ ไม่มี

๒.๓ วันที่ทราบถึงความเสียหายที่เกิดขึ้น .....

๒.๔ เหตุที่และความเสียหายที่เกิดขึ้น(บรรยายถึงเหตุการณ์และความเสียหายต่างๆ ที่ได้รับอย่างชัดเจน ถ้ามีบาดแผลให้บอกลักษณะบาดแผล การรักษาที่ได้รับและระยะเวลาที่ต้องรักษาตัว)

.....

.....

.....

๓. รายละเอียดของผู้ยื่นคำร้อง (ถ้าเป็นบุคคลเดียวกับข้อ ๑ ไม่ต้องกรอก)

๓.๑ ชื่อ – สกุล .....

๓.๒ เลขที่บัตรประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

๓.๓ ความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ.....

๓.๔ ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก.....

.....โทรศัพท์.....

๔. เอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นมาพร้อมกับคำร้อง (ทั้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ)

☐ ๔.๑ สำเนาเวชระเบียนของผู้ให้บริการ และ/หรือใบรับรองแพทย์

☐ ๔.๒ ใบตรวจสอบสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพของผู้รับบริการ พร้อมสำเนาเวชระเบียนของผู้รับบริการ(ช่วงที่มารักษาและทำให้ผู้ให้บริการได้รับความเสียหาย)

ลงชื่อ .....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)